様式第１号（第５条関係）

久万高原町がん患者ウィッグ及び補整具等購入費助成金交付申請書兼請求書

令和●　年●　月●　日

久万高原町長　様

久万高原町がん患者ウィッグ及び補整具等購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、申請します。

申請者	フリガナ	クマタロウ	生年月日	昭和● 年● 月● 日	
	氏名	久万　太郎　㊞	電話番号	２１－２７００	
	住所	〒791-1201 久万 65-1	助成対象者との続柄	本人	
助成対象者	☑申請者と同じ		※助成対象者本人が申請する場合は、この欄は記入不要です。		
	フリガナ		生年月日	年　月　日	
	氏名	㊞	電話番号		
	住所	〒			
助成対象経費	区分	（１）ウィッグ類	（２）乳房補整具等		
	物品の種類（該当に☑）	☐ウィッグ ☐請 ☐ ☐ ☐	☐補整下着　☐補整パッド 等 れ		
	購入日		日		
	購入費用×１／２（千円未満切捨て）	ア			
	助成限度額	イ			
	基準額	≪ ウ	≫ 円		
助成申請額			円（ホ）と（ヘ）の合計）		

職員記入欄

（添付書類を確認の上記載します）

確認事項	☑私は、次の事項を確認の上同意します。 ・助成対象経費について、国、他の地方公共団体等の助成を受けていません。 ・町が住民基本台帳を確認すること及び助成金の審査に必要な範囲で医療機関に対し疾病、治療内容等について調査することに同意します。														
添付書類（添付した書類に☑をつけてください）	☑助成対象補整具等の購入費用，購入日等が分かる書類（領収書等）の写し ☑ウィッグ類を購入した方は，脱毛の副作用があるがんの治療（抗がん剤治療、放射線照射等）を受けたことが分かる書類（診療明細書，治療方針計画書等）の写し ☐乳房補整具等を購入した方は，手術により乳房を切除する治療を受けたことが分かる書類（診療明細書，治療方針計画書）の写し ☐その他町長が必要と認める書類														
振込先	金融機関名	●●			銀行・金庫 信用組合・農協	支店名	●●		本店・支店 出張所						
	口座番号		1	2	3	4	5	6	7	口座名義人	カナ	クマタロウ			
	普通・当座 （どちらかに○）										氏名	久万　太郎			

※助成対象者と口座名義人が異なる場合は、次の委任状欄に記入・押印してください。ただし、未成年の場合は不要です。

委任状

（宛先）久万高原町長　様

年　月　日

委任者（助成対象者）

住所

氏名　㊞

次の者に久万高原町がん患者ウィッグ及び補整具等購入費助成金の受領を委任します。

受任者（口座名義人）

住所

氏名